

ERSÄTTNINGSAKSÖKAN VID DÖDSFALL SOM LÄKEMEDELSSKADA ORSAKAT

Läkemedelsskadeförsäkringspoolen
Östersjögatan 11-13, 00180 Helsingfors
Telefon 040 450 4640, Fax 040 450 4694
www.lvp.fi

Läkemedels
skade
Försäkrings
poolen

Blanketten ifylls och returneras först efter det att Läkemedelsskadeförsäkringspoolen gett ett positivt ersättningsbeslut. Anvisningar för ifyllande finns på sidan 2. Denna blankett finns även på Läkemedelsskadeförsäkringspoolens webbplats.

	Skadebeteckning	Inkommen
--	-----------------	----------

Den som använt läkemedlet	Läkemedelsanvändarens efternamn och förnamn	Personbeteckning
----------------------------------	---	------------------

Post- och bankförbindelse	Namn på den som söker ersättning för kostnaderna som orsakats av begravningen	
	Utdelningsadress	Postnummer och postanstalt
	Telefon dagtid (även riktnummer)	
	Bankkonto till vilket ersättningarna för kostnaderna som orsakats av begravningen betalas (i IBAN-form)	Kontoinnehavare

Meddela namnet på den person som söker ersättning för kostnaderna som orsakats av begravningen (t.ex. efterlevande make eller maka, dödsboets förvaltare m.fl.) samt utdelningsadressen, till vilken ersättningsbeslut och eventuella förfrågningar skall skickas. Uppge även bankkontot till vilket ersättningarna skall betalas. Ett IBAN-kontonummer består av 18 tecken.

Begravningskostnader och övriga kostnader i samband med begravning	Anledning till kostnad	Euro
	Begravningskostnader	
	De närståendes resekostnader till begravningen	
	Kläder som de närstående köpt för begravningen	
	Övriga kostnader, vilka?	

Ange kostnaderna som orsakats av begravningen enligt kostnadsslag. Bifoga kostnadsverifikat. Om dessa inte finns att tillgå, bifoga annan tillförlitlig utredning över kostnadernas storlek. Ange hur rese- och klädkostnaderna uppkommit för respektive person under punkten Tilläggsuppgifter eller på en skild bilaga.

Andra försäkringsanstalter som har ersatt begravningskostnader	Annan försäkringsanstalt eller arbetsplatskassa från vilken ersättning söktes eller som har betalat ersättning för begravningskostnaderna (även utrikes)

Meddela ifall det har sökts eller betalats ersättning eller bidrag på grund av begravningskostnaderna från någon annan försäkring eller arbetsplatskassa. Bifoga kopior av givna ersättningsbeslut.

Underskrift	Jag försäkrar att de uppgifter som jag givit på denna blankett och i dess bilagor är riktiga och att för de kostnader eller förluster som denna ansökan om ersättning gäller, inte har sökts eller erhållits ersättning från annat håll än vad i blanketten och i dess bilagor uppgivits.
	Ersättningssökandens underskrift och namnförfärdigande
	Datum . . .

Kostnader som orsakats av begravningen

Ifall läkemedelsskadan har orsakat läkemedelsanvändarens död, ersätts begravningskostnaderna och övriga kostnader i samband med begravningen till skäligt belopp enligt skadeståndslagens 5 kapitel 3 §. Vid bedömning av kostnadernas skälighet beaktas både totalkostnadernas belopp och storleken på enskilda utgiftsposter.

Som begravningskostnader kan ersättas bl.a. kostnader för anlitan av begravningsbyrå, för ordnande av begravningsakt, för gravplats, för gravsten eller dess gravering och för dödsannos. Om gravplatsen som anskaffats är avsedd för fler än en avliden, kan detta beaktas som avdrag från ersättningarna för gravplats och -sten.

Såsom övriga kostnader i samband med begravningen kan ersättas bl.a. de närståendes resekostnader till begravningen samt anskaffningskostnaderna för de kläder som de närstående anskaffat för begravningen. Från ersättningen av kläderna kan som avdrag beaktas deras senare bruksvärde. Såsom närstående som är berättigade till ersättning avses föräldrar, barn, make eller maka samt andra med dem jämförbara personer som stått den avlidne särskild nära, såsom sambo (utredning ges under punkten Tilläggsuppgifter).

Enligt vedertagen ersättningspraxis anses inte bouppteckningskostnaderna utgöra ersättningsgilla kostnader i samband med begravningen och dessa ersätts därför inte.

Ersättningen för kostnader som orsakats av begravningen betalas till den som har betalat kostnaderna, vanligtvis till dödsboet. Ersättningen betalas till dödsboets konto eller till kontot för den person som dödsboets delägare gemensamt befullmäktigat. För sådan delägarers del som är minderårig eller annars omyndig ges fullmakten av intressebevakaren.

Ifall dödsboet består av fler än en delägare, skall delägarna i boet skriftligt befullmäktiga en person att söka ersättning. Det är oftast ändamålsenligt att den befullmäktigade är en person som även för övrigt sköter dödsboets ärenden.

Om dödsboet har överlämnats till en boutredningsmans förvaltning, undertecknar boutredningsmannen ersättningsansökan. Ifall dödsboet avträtts till konkurs, undertecknar skötaren av konkursboet ersättningsansökan.

För kostnadernas del skall bifogas originalräkning samt antingen betalningskvittot i original eller annan tillförlitlig utredning över att räkningen betalats (t.ex. kopia av denna betalning på kontoutdraget). Ifall verifikaten såsom bilaga till bouppteckningen sänts till skattebyrån, skall den ersättningssökande be kopior av verifikaten därifrån.

För betalning av ersättning behövs följande utredningar:

- kopia av den avlidnes bouppteckning jämte släktutredning
- kopia av eventuellt testamente
- fullmakter som berättigar till att söka och mottaga ersättning, givna av samtliga dödsboets delägare och andra ersättnings-sökande (modell bifogas, blanketten finns även på poolens webbplats)

Tilläggsuppgifter

ANSÖKAN OM FAMILJEPENSION

Läkemedelsskadeförsäkringspoolen
Östersjögatan 11-13, 00180 Helsingfors
Telefon 040 450 4640, Fax 040 450 4694
www.lvp.fi

Läkemedels
skade
Försäkrings
poolen

Blanketten ifylls och returneras först efter det att Läkemedelsskadeförsäkringspoolen gett ett positivt ersättningsbeslut. Anvisningar för ifyllande finns på sidan 4. Denna blankett finns även på Läkemedelsskadeförsäkringspoolens webbplats.

	Skadebeteckning	Inkommen
--	-----------------	----------

Förmånslåtare	Förmånslåtarens efternamn och förnamn	Personbeteckning
	Den sista arbetsgivarens namn, adress och telefonnummer	

Person som söker familjepension	Namn på den som söker familjepension	Personbeteckning
	Utdelningsadress	Postnummer och postanstalt
	Telefon dagtid (även riktnummer)	
	Bankkonto till vilket familjepensionen betalas (i IBAN-form)	Kontoinnehavare
	Arbetsgivarens namn, adress och telefonnummer	

Barn som söker familjepension	Namn på barnet som söker familjepension	Personbeteckning
	Utdelningsadress	Postnummer och postanstalt
	Telefon dagtid (även riktnummer)	
	Bankkonto till vilket barnets familjepension betalas (i IBAN-form)	Kontoinnehavare

Ifall det finns fler barn som söker familjepension, uppgge på bilaga motsvarande uppgifter för de övriga.

Andra försäkringsanstalter som betalar familjepension	Annan försäkringsanstalt från vilken sökts eller som betalar familjepension eller motsvarande ersättning (även utrikes)

Meddela ifall det har sökts eller betalas familjepension eller motsvarande ersättning på grund av dödsfallet från lagstadgad försäkring (FPA, arbetspensionsbolag eller pensionsstiftelser, trafikförsäkringsbolag, olycksfallsförsäkringsbolag m.fl.). Bifoga kopior av givna ersättningsbeslut.

Underskrift	Jag försäkrar att de uppgifter som jag givit på denna blankett och i dess bilagor är riktiga samt att ersättning inte sökts eller erhållits från annat håll än vad som meddelats på blanketten och i dess bilagor.
	Jag ger mitt samtycke till att skattemyndigheterna, de skadelidandes arbetsgivare, pensions- och försäkringsanstalter, Pensionsskyddscentralen och andra myndigheter får, utan hinder av sekretessbestämmelserna, ge åt Läkemedelsskadeförsäkringspoolen de uppgifter, handlingar och avgöranden beträffande de ersättningar, pensioner och löner som förmånslåtare eller annan skadelidande erhållit och vilka behövs för utredning och ersättningshandläggning av detta skadeärende.
	Ersättningssökandes underskrift och namnförtydligande
	Datum _____ . _____ . _____

Berättigade till familjepension

Personer som hade lagstadgad rätt att få underhåll av den avlidne är berättigade till familjepension som betalas från läkemedelsskadeförsäkringen. Sådana personer är efterlevande make eller maka och parterna i ett registrerat parförhållande samt den avlidnes barn. Berättigad till familjepension är i läkemedelsskada som inträffat 1.1.2006 eller senare dessutom person som faktiskt fick underhåll av den avlidne (t.ex. sambo). I skador som inträffat före detta datum förekommer inte denna rätt till familjepension för nämnd person.

Den avlidnes minderåriga barn är berättigade till familjepension tills de fyller 18 år. Dessutom är studerande 18–20 åriga barn under vissa förutsättningar berättigade till pension.

Familjepensionens storlek

Enligt skadeståndslagens 5 kapitel 4 § är den som har rätt till underhåll berättigad till ersättning, ifall han eller hon på grund av den underhållsskyldiges död har blivit utan nödig försörjning.

Vid bedömning av familjepensionens storlek används som grund de inkomster som familjen hade fått utan dödsfallet och de inkomster som familjen får eller kan få efter dödsfallet. Inkomsterna som familjen hade fått utan dödsfallet, bestäms oftast utifrån inkomstnivån före dödsfallet ifall det inte är sannolikt, att denna nivå inte motsvarar den inkomstnivå som familjen skulle ha kunnat uppnå även i fortsättningen.

Den familjepension som betalas från läkemedelsskadeförsäkringen är inte avsedd att i sin helhet täcka den minskning i familjens inkomster som dödsfallet orsakat, utan i beräkningen beaktas som avdrag den avlidnes förmodade konsumtionsandel. Enligt vedertagen ersättningspraxis anses oftast 60 procent av familjens tidigare inkomstnivå vara tillräcklig för att trygga nödig försörjning, ifall pensionstagaren är efterlevande make eller maka eller part i registrerat parförhållande ensam. Beloppet höjs med 5 procentenheter för varje barn som får pension, dock högst till 75 procent.

I den ersättning som betalas beaktas som avdrag ersättningstagarnas egna inkomster samt pensioner som betalas med stöd av andra lagar.

Utredningar som bifogas till ansökan

Utgående från de uppgifter som givits på denna blankett strävar Läkemedelsskadeförsäkringspoolen till att skaffa fram de uppgifter från arbetsgivare, skattemyndigheter och andra försäkringsanstalter eller ersättningsbetalare som behövs för att fastställa familjepensionens storlek. Ni kan, om Ni önskar, bifoga Er egen synpunkt på de faktorer som inverkar på familjepensionens belopp i bilaga till ansökan; speciellt om Ni anser att utredningarna från ovannämnda håll inte ger rätt bild av familjens inkomstnivå före eller efter dödsfallet.

Ifall förmånslåtare har verkat som företagare före sin död, bedöms den inkomstnivå för familjen, som används som familjepensionens grund och dödsfallets inverkan därpå, på basis av utredningar som skaffas individuellt. Som grund för bedömningen ber vi Er svara på följande frågor på en skild bilaga. Ge en utredning över varje företag, vilka förmånslåtare var verksam som företagare i (även jord- och skogsbruksföretag).

- | | |
|---|---|
| a) Företagets namn, kontaktuppgifter och FO-nummer? | e) Fortsätter företagsverksamheten efter dödsfallet? |
| b) Företagsform, företagets verksamhetsområde och personalantal? | f) Andelen av ersättningssökandens arbetsinsats i verksamheten efter förmånslåtarens död? |
| c) Förmånslåtarens och ersättningssökandens ägoandel i företaget? | g) Hur har arbetena ordnats efter dödsfallet? |
| d) Andelen av förmånslåtarens och ersättningssökandens arbetsinsats i företagsverksamheten före dödsfallet? | h) Dödsfallets inverkan på företagsverksamheten? (t.ex. vilka arbeten har blivit ogjorda eller uppskjutna)? |

Pensionens indexbundenhet

Pensioner som utbetalas från läkemedelsskadeförsäkringen är bundna vid ett index som beaktar förändringar i löne- och prisnivån. Indexet fastställs årligen.